Załącznik A

**WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOGI POŚMIERTNEJ:**

1. **PO ZMARŁYM LEKARZU\*,**
2. **PO ZMARŁYM WSPÓŁMAŁŻONKU/PARTNERZE ŻYCIOWYM LEKARZA\*,**

Dane wnioskodawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię  |  |
| Nazwisko |  |
| Numer PWZ wnioskodawcy (o ile posiada) |  |
| Numer PWZ zmarłego lekarza (pole nie dotyczy zmarłego współmałżonka/partnera lekarza) |  |
| Adres korespondencyjny wnioskodawcy |  |
| Adres zamieszkania wnioskodawcy |  |
| Numer kontaktowy wnioskodawcy |  |
| Adres poczty elektronicznej wnioskodawcy (o ile posiada) |  |
| Sposób przekazania środków finansowych:(Proszę wpisać “X” przy wybranej formie) | [ ] przelew na konto podane poniżej\_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_[ ] odbiór osobisty w kasie WIL [ ] przekaz pocztowy   |

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższych danych do celów aktualizacyjnych w rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

……………………………… ……………………………………………

(data) (czytelny podpis)

Do wniosku załączam:

1. Kserokopię aktu zgonu zmarłego,
2. Kserokopię aktu małżeństwa (jeśli dotyczy),
3. Klauzulę dotyczącą przetwarzania danych.

……………………………… ……………………………………………

(data) (czytelny podpis)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami dotyczącymi wypłat pomocy materialnej
w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej:

1. Zapomoga po śmierci lekarza\*,
2. Zapomoga po śmierci współmałżonka/partnera życiowego lekarza\*

i je akceptuję. Ponadto wyrażam zgodę na przekazanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów
na rzecz Komisji Socjalnej w toku rozpatrywania mojego wniosku.

………………………………… ……………………………

(data) (czytelny podpis)

\*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że przed śmiercią zmarłego byłam/em:

1. małżonką/iem zmarłego\*;

2. osobą stanu wolnego, nie pozostającą w formalnym związku małżeńskim, pozostającą
ze zmarłym we wspólnym pożyciu, tj. łączyła mnie ze zmarłym więź duchowa (emocjonalna), fizyczna oraz gospodarcza (prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego).\*

………………………………… ……………………………

(data) (czytelny podpis)

\*niepotrzebne skreślić

Wypełnia Komisja Socjalna:

|  |  |
| --- | --- |
| Data rozpatrzenia wniosku przez Komisję Socjalną |  |
| Wniosek spełnia wymogi formalne | TAK/ NIE |
| Stwierdzone braki formalne |  |
| Opinia Komisji Socjalnej |  |
| Komisja Socjalna zatwierdza wypłatę:1. Zapomogi po śmierci lekarza dla współmałżonka/partnera życiowego
2. Zapomogi dla lekarza po śmierci współmałżonka/partnera życiowego\*

*\*niepotrzebne skreślić* | TAK/ NIE |
| Komisja Socjalna odrzuca wniosek o:1. Zapomogę po śmierci lekarza dla współmałżonka/partnera życiowego
2. Zapomogę dla lekarza po śmierci współmałżonka/partnera życiowego\*

*\*niepotrzebne skreślić* | TAK/ NIE |
| Uwagi |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data  | Podpis Przewodniczącego/ Wiceprzewodniczącego Komisji Socjalnej |
|  |  |
| Data | Podpis Sekretarza Komisji Socjalnej |
|  |  |
| **SEKRETARZ****Okręgowej Rady Lekarskiej****Wielkopolskiej Izby Lekarskiej*****lek. Elżbieta Marcinkowska*** | **PREZES****Okręgowej Rady Lekarskiej****Wielkopolskiej Izby Lekarskiej*****dr n. med. Krzysztof Kordel*** |